Rok XXXIII. Kraków 4. Sierpnia 1894 r. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

L e c z e n i e musi być oczywiście rozmaite w ciąży, podczas porodu i w połogu. Mając przed sobą osobę, u której obok ciąży rozwija się guz jajnika, trzeba sobie przedewszystkiem zadać pytanie: wyczekiwać czy działać? Odpowiedź nie jest ani prosta ani łatwa. Z chwilą, kiedy postanawiamy w y c z e k i w a ć, bierzemy na siebie niejako odpowiedzialność za te niemiłe, groźne, często śmiertelne powikłania, które wystąpić mogą a których uniknąć można na pewne lub prawdopodobnie racyonalnem a czynnem leczeniem. Mówiąc d z i a ł a ć a więc operować, nie wiemy nigdy z góry, czy w danym przypadku nasza pomoc nie sprowadzi śmierci matki i dziecka i to w przypadku, który bez pomocy byłby miał może przebieg o wiele korzystniejszy. Więc wahanie się jest usprawiedliwione a decyzya często istotnie trudna. Zanim jednak podam zasady, które mają ułatwić tę decyzyę, zastanowić się trzeba naprzód, na czem polega leczenie, ocenić następnie jego wartość i niebezpieczeństwo a w końcu zestawić z niebezpieczeństwem łączącem się z wyczekiwaniem.

Rzeczą jest jasną, że leczenie musi być operacyjne. Wychodzimy z założenia, że niebezpieczeństwo w naszych przypadkach nie tkwi w tem, że rośnie guz jajnikowy, ani tem mniej w tem, że ciąża postępuje, tylko jedynie w tej okoliczności, że rośnie guz jajnika u c i ę ż a r n e j, innymi słowy, że postępuje ciąża u osoby m a j ą c e j g u z j a j n i k a. Więc wikłanie się dwóch tych spraw stanowi główne niebezpieczeństwo. Ztąd logiczny wniosek: rzecz należy rozwikłać; osoba leczona musi albo przestać być ciężarną albo musi pozbyć się guza jajnikowego, więc p o r o n i e n i e s z t u c z n e albo o w a r y o t o m i a. To są dwa główne sposoby leczenia; zobaczymy później, że nie jedyne. Który z nich jest lepszy? Nie jest to wprawdzie rzeczą właściwą ani dobrą oceniać zalety lub wady sposobów leczenia czysto teoretycznie, przy zielonym stoliku, ale mimo to porównanie tych dwóch tak do siebie niepodobnych sposobów leczenia, nasuwa się samo przez się. Tym razem na szczęście wynik rozumowania teoretycznego jest w zgodzie z praktyką i jej rozstrzygającymi na tę rzecz poglądami.

Co mają te dwie metody wspólnego? To, że usuwają jedną z dwóch wikłających się spraw a zostawiają drugą. Różnica i to wielka, wprost rozstrzygająca na korzyść owaryotomii tkwi w tem, że operacya ta usuwa to, co jest właściwie chorobą i pozostawia kobietę zdrową nawet w pełni zdrowia, bo ciężarną, poronienie zaś sztuczne usuwa chwilowe niebezpieczeństwo, ale nie leczy kobiety. Pozostaje w jej ciele guz jajnika, sprawa, jak wiadomo, bardzo groźna, w której wcześniej czy później trzeba będzie operować. Więc dylemat, jaki nam przychodzi rozstrzygnąć, nie brzmi właściwie: o w a r y o t o m i a czy s z t u c z n e p o r o n i e n i e, tylko o w a r y o t o m i a czy s z t u c z n e p o r o n i e n i e i o w a r y o t o m i a i w tym dodatku tkwi właśnie rdzeń całej kwestyi. Ba, gdyby ta owaryotomia w ciąży była szczególnie trudna lub połączona z niezwykłemi jakiemiś niebezpieczeństwami, powiedzmy krótko: c i ę ż k a a ta druga, którą trzeba robić po przerwaniu ciąży, łatwa i znacznie mniej niebezpieczna, powiedzmy ł a g o d n a, to dodając te dwa przymiotniki, mielibyśmy do rozstrzygnięcia kwestyę: o w a r y o t o m i a c i ę ż k a czy p o r o n i e n i e s z t u c z n e i o w a r y o t o m i a ł a g o d n a a wtedy możnaby się wahać. Ale, jak wypada ze zestawień statystycznych, to owaryotomia wykonywana w ciąży, nie jest wcale cięższą od zwykłej, od tej,

którą przerwawszy poprzód ciążę, trzeba będzie wykonać u niecieżarnej a choć to brzmieć będzie dziwnie i wyglądać na kontradykcyę, powiem, że raczej ta owaryotomia w ciąży jest łagodną a ta późniejsza cięższą; cięższą o tyle, o ile każda później wykonana owaryotomia jest niekorzystniejszą od owaryotomii we wczesnym okresie rozwoju guza. A jeżeli nadto zważymy, że przerwanie ciąży wczesne poświęca życie dziecka a owaryotomia w ciąży w przeważnej liczbie przypadków je ratuje, to ta owaryotomia wyda nam się przecież sposobem leczenia znacznie racyonalniejszym. Ten dodatek, t. j. poświęcenie dziecka nie jest wcale bez znaczenia; ażeby tego uniknąć, proponowano (Barnes) poród przedwczesny. Ustanawiając wskazania lecznicze, zobaczymy, że sposób ten znajdzie bardzo wyjątkowo zastósowanie.

Winckel[1]) przytacza jedenaście w ten sposób leczonych przypadków, z których trzy zakończyły się śmiercią płodów; wyniki więc bynajmniej do naśladowania nie zachęcające.

W pośrodku pomiędzy owaryotomią a przerwaniem ciąży jest jeszcze jeden sposób leczenia, który ma to wspólne z wywołaniem poronienia, że nie jest radykalny, podobny zaś jest o tyle do owaryotomii, że zwraca się przeciw torbielowi jajnikowemu a ma na celu utrzymanie ciąży. Mam na myśli nakłucie guza. Sposób ten, zachwalany przedewszystkiem przez Spencera Wellsa, znalazł też i znajduje niejednokrotnie zastósowanie. Ma on na celu pomniejszenie guza a przez to usunięcie tych groźnych lub nieprzyjemnych przypadów, które zostają w związku z wielkością guza, t. j. duszności, obrzęków kończyn, grożącego poronienia i t. p. Nie potrzeba dodawać, że do tego rodzaju leczenia nadają się tylko guzy jednokomorowe lub niewielokomorowe, nigdy zaś torbielaki, torbiele skórzakowe (dermoidalne) a tem mniej guzy stałe. Sposób ten nie jest bynajmniej tak niewinny, jakby to się wydawać mogło. Charpentier[2]) i Vinay[3]) zebrali przypadki przytoczone w monografii Rémyego, w rozprawie Steiberga i niektóre rozrzucone w piśmiennictwie i zestawiają razem 95 przypadków punkcyj (u 59 kobiet). Zabieg był przyczyną zejścia śmiertelnego w 5-ciu, przerwania zaś ciąży w 8-iu przypadkach. W jednym przypadku nakłuto najprawdopodobniej macicę (*Atlee*), w innych zakażenie otrzewny było przyczyną śmierci. Zresztą punkcya jest zabiegiem, który się robi napół po ciemku, przez co naraża się pacyentkę i siebie na nieprzewidziane i niemiłe zdarzenia. Naprzód przekłucie tętnicy nabrzusznej (*art. epigastrica*) lub jakiejś grubszej gałązki mięśniowej tejże tętnicy może wywołać, jak w przypadku Trzebickiego[4]) groźny krwotok. Ale jeżeli nawet, jak zupełnie słusznie radzi Trzebicky, nakłuwa się w linii środkowej brzucha, to mimoto nie jest się pewnym skutku. Można wprawdzie uniknąć nadwerężenia naczyń w powłokach a więc krwotoku, ale tylko w przypadkach, w których nakłuwa się same powłoki n. p. wobec wolnego płynu w jamie brzusznej. Tu znajomość prawidłowego przebiegu większych naczyń chroni nas od tego niemiłego powikłania. Inaczej w przypadkach, w których oprócz powłok przekłuwa się i ścianę guza; tu nigdy nie wiemy, czy trójgraniec nie uszkodzi jakiegoś większego naczynia w ścianie torbiela. Jako przykład, że to stać się może, niech posłuży przypadek, który obserwowałem w Październiku 1893, w czasie kiedy zastępowałem ś. p. prof. Madurowicza.

Chora L. J., lat 27., przysłana do kliniki przez kol. Dra A. Lorentskiego, który w liście opisującym stan chorej podaje, że rozpoznanie jego waha się między torbielem jajnika a bąblowcem (*echinococcus*). Pomimo kilkakrotnego badania nie byliśmy w stanie rozstrzygnąć tej wątpliwości a niektóre objawy, n. p. szmery i tarcie w guzie przemawiały pozornie za rozpoznaniem bąblowca. Dnia 23. Października 1893. nakłułem guz strzykawką Pravaza w linii środkowej pod pępkiem; w płynie wydobytym miałem zamiar szukać haczyków. Wydobyto płyn krwawo zabarwiony, w którym nie znaleziono haczyków. Mniej więcej w 3 kwadranse po punkcyi chora osłabła nagle, zaczęła się żalić na dolegliwe bóle w brzuchu i ciepłota nie poprzedzona dreszczem doszła 39·8° C. Badanie wykazało objawy anemii i znaczną bolesność nad talerzem biodrowym lewym. Zalecono spokój i zimne okłady. Wieczorem 40·2°, tętno wyżej 120.

24. Października. Ciepłota rano 38·6, tętno 120, mocna bolesność brzucha, wieczorem wyżej 40°.

25. Października. Rano 38·5, tętno 112. Badanie przez pochwę wykazuje w tylnem sklepieniu opór bardzo bolesny, pochodzący od krwi wynaczynionej. Wieczorem 38·7, t. 116.

Taki stan trwał jeszcze dni kilka. Laparotomia w kilka tygodni potem wykonana, potwierdziła w zupełności rozpoznanie. Świeże zlepy i włóknik świadczyły o przebyciu krwotoku. Torbiel jajnika wyjęto, pacyentka zdrowa opuściła klinikę.

W miarę malejącego coraz bardziej niebezpieczeństwa owaryotomii, zakres wskazań do punkcyi zmniejsza się i dziś przeważna liczba autorów (Engström[1]), Fehling[2]), Vinay, Müller[3]), Reuter[1]), Pozzi[1]), Schröder[1]), Winckel[1]) i wielu innych), zaleca nakłucie guza w ciąży tylko w tych przypadkach, w których owaryotomia nie da się wprost wykonać lub w wysokim jest stopniu niebezpieczna, rozmiary zaś guza znaczne. Często nie będzie można ograniczyć się do jednej punkcyi; wiadomo powszechnie, jak szybko płyn zbiera się w tych nakłutych torbielach w przypadkach niczem niepowikłanych; domyślać się zaś można, że u ciężarnych ten powtórny wzrost guza nie odbywa się wolniej, że więc kilkakrotne punkcye u jednej ciężarnej, jak w przypadku Heckera[4]), nie należą bynajmniej do rzeczy rzadkich. Natomiast do wyjątków chyba należy przypadek Pippingskjölda, w którym po punkcyi nastąpiło radykalne wyleczenie. Rémy opierając się na swojej statystyce, utrzymuje, że te późniejsze punkcye są niebezpieczniejsze od pierwszej. Jeżeli przeto porównywamy ze sobą owaryotomię i punkcyę, to na korzyść pierwszej musimy powiedzieć, że robi się ją u danej chorej tylko raz i że jest radykalna, gdy tymczasem punkcya musi być czasem powtórzoną i nie zabezpiecza chorej bynajmniej od owaryotomii. Nasz przeto dylemat znowu nie brzmi: „owaryotomia czy punkcya?“ tylko „owaryotomia z jednej strony czy dwie, trzy, czasem i więcej punkcyj i owaryotomia z drugiej strony“.

Te uwagi wystarczą ażeby przekonać, że punkcya zachwalana przez Spencera Wellsa nie może konkurować

[1]) Winckel: Lehrb. d. Geb. 1893.
[2]) l. c.
[3]) Vinay: Traité des maladies de la grossesse. 1894.
[4]) Trzebicky: *Przegląd lekarski* 1890. Nr. 32—34.

[1]) l. c.
[2]) Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893.
[3]) Müller: Die Krankheiten des weiblichen Körpers.
[4]) Hecker: Klinik der Geburtskunde. 1864. p. 35.

z owaryotomią, tylko co najwięcej zastępować ją w niewielu wyjątkowych przypadkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Mewis podał opis 33 przypadków, w których kobiety zakażone kiłą podczas ciąży, urodziły pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci; Hecker zaś spostrzegał 46 podobnych przypadków, które zdaniem jego najzupełniej przemawiają przeciwko łożyskowemu zarażeniu się kiłą. Tego rodzaju przypadki przytrafiały się też Koebnerowi[1]), Fraenklowi[2]), Chiarleoniemu[3]), Engelstedtowi[4]), Herholdowi[5]) i Fournierowi[6]). Zwolennicy teoryi łożyskowego zarażenia się płodu od matki twierdzą, iż podobne spostrzeżenia wcale nie obalają tej teoryi, albowiem u dzieci zrodzonych z matek, które nabyły kiły podczas ciąży, kiła może niekiedy ukazać się dopiero w późniejszym wieku w postaci trzeciorzędnej *(syphilis hereditaria tarda)*, lecz w odpowiedzi na to musimy tu przytoczyć, iż istnienie spóźnionej kiły dziedzicznej wcale nie jest dowiedzionem; objawy zaś trzeciorzędne w podobnych przypadkach poprzedzane są drugorzędnymi, które występowały w pierwszych miesiącach życia dziecka, lecz były przeoczone.

Schroeder i Mangari byli zdania, że zarażenie płodu kiłą za pośrednictwem krążenia krwi przez zdrowe łożysko jest niemożliwem; przypuszczają jednak, iż mogą się znaleść przypadki, w których w skutek rozmaitych zmian chorobowych powstają w naczyniach krwionośnych łożyska i ustroju stósunki ułatwiające przenikanie organizowanych ciałek przez łożysko.

Wobec przytoczonych wyżej danych, musimy przyjść do wniosku, iż łożyskowe zarażenie się płodu kiłą od matki jest bardzo wątpliwem, wiele zaś spostrzeżeń dowodzi, iż w zwykłych okolicznościach przyrzut kiłowy nie może przeniknąć przez łożysko. Przyjąć wszakże należy, że w wyjątkowych stósunkach, mianowicie jeśli w łożysku powstaną zmiany organiczne, zawieszające prawidłową jego czynność, jako filtru, przyrzut kiłowy może przeniknąć z obiegu krwi matki do ustroju płodu. Że takie stósunki mogły sprowadzić zarażenie się płodu kiłą w niektórych rzadkich przypadkach (Vajdy, Zeissla, Barduzziego, Schlichtera), zaprzeczać temu stanowczo nie będziemy, chociaż, jak to już wyżej nadmieniliśmy, kiła dziecka i w wymienionych przypadkach mogła być dziedzicznego pochodzenia a nie wrodzoną i zawdzięczać swe pochodzenie nie chorobie matki, lecz nasieniu kiłowego rodzica.

[1]) l. c. str. 110—112, 114—115.
[2]) Ueber Placentarsyphilis. Breslau 1873, str. 47—51.
[3]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1875. 2, str. 380.
[4]) Ugeskrift for. Laeger. 1877. XXI. 13, 14.
[5]) Ueber Lues hereditaria. Inaug. Dissert. Berlin 1884, str. 29—32.
[6]) l. c. str. 252—262.

Dodać tu należy, iż przeciwko teoryi śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą przemawiają też przypadki, w których dzieci spłodzone przez kiłową matkę, zarażały się od niej już po urodzeniu. Podobne przypadki spostrzegali Obtułowicz[1]) i Arning[2]).

Przypadek Obtułowicza tyczył się kobiety, u której w 8-mym miesiącu ciąży na wardze sromnej powstał wrzód stwardniały, następnie zaś wystąpiły ogólne zmiany kiłowe; pomimoto wydała ona na świat donoszone, zdrowe i dobrze odżywione dziecię, które w przeciągu kilku miesięcy nie przedstawiało żadnych oznak kiły, po upływie jednak 11-tu miesięcy pojawiły się u niego na języku, migdałkach i w około odbytu kłykciny sączące, oraz obrzęk gruczołów limfatycznych. W wymienionym przypadku dziecię musiało się zarazić od matki już po urodzeniu, albowiem podczas karmienia matka miała zmiany kiłowe w ustach i przełyku.

W przypadku Arninga kobieta w 4-tym miesiącu ciąży została zarażoną przez swego męża, który świeżo przedtem nabył kiły w skutek spółkowania z osobą podejrzaną; urodzone przez tę matkę dziecię, było przez pierwsze kilka tygodni zdrowem i nie przedstawiało żadnych objawów kiły; dopiero po upływie $2^1/_2$ miesięcy pojawiło się u niego w kącie ust duże i uporczywe owrzodzenie oraz twarde obrzmienie sąsiednich gruczołów limfatycznych, następnie zaś wystąpiły u dziecka drugorzędne objawy kiły. W przytoczonym przypadku nie ulegało żadnej wątpliwości, że dziecko zaraziło się kiłą od matki już po przyjściu na świat podczas karmienia piersią.

Przypadki Obtułowicza i Arninga mogą nadto świadczyć o tem, że łożysko przedstawia przeszkodę nietylko dla przejścia uorganizowanego przyrzutu kiłowego, lecz że nawet t. zw. toksyny kiłowe Fingera nie zawsze mogą przenikać przez filtr łożyskowy; wymienione bowiem dzieci dzięki odżywianiu się toksynami kiłowemi stałyby się odpornemi względem kiły matki i nie zaraziłyby się od niej wcale.

Przeciwko łożyskowemu zarażeniu się płodu w łonie matki a zarazem i na niekorzyść przytoczonej teoryi Fingera przemawiają też przypadki zarażenia się noworodka kiłą od matki podczas porodu, o których zamierzamy powiedzieć kilka słów.

Dawniejsi syfilidologowie mniemali, iż kiła matki udzielić się może potomstwu za pośrednictwem zakażonego jajka, drogą łożyskowego obiegu krwi oraz podczas porodu w skutek zetknięcia się niemowlęcia z dotkniętą kiłowemi zmianami błoną śluzową rodnych części matki-położnicy.

Van-Swieten[3]) pierwszy wyrzekł, że zarażenie noworodka kiłą może nastąpić podczas długiego i trudnego porodu; Swediaur[4]) twierdził, iż podobne przypadki przytrafiają się dość często; Fabre[5]) i Fleischl[6]) przypuszczali też możliwość zarażenia się noworodka od matki kiłowej podczas porodu.

Z licznego szeregu późniejszych autorów, którzy wypowiadali także podobne zdanie, wymienimy tu: Girtan-

[1]) Virchow's Jahresberichte. 1876. XI. tom II. str. 545.
[2]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1883. 1, str. 95 i nast.
[3]) Putegnat: Histoire et thér. de la Syphilis des nouveau-nés. Paris 1854. str. 82.
[4]) Von der Lustseuche. Uebersetzt v. Kleff. Berlin 1803. II. str. 49.
[5]) Traité des maladies vénériennes IV. edit. Paris 1882.
[6]) Hufeland's: Journal 1897. 4, str. 508.

nera[1]), Bertina[2]), Müllera[3]), Beyera[4]), Wendta[5]), Richtera[6]), Lagneaua[7]), Jörga[8]), Wedekinda[9]), Bonordena[10]), Cederschjölda[11]), Doeppa[12]), Nevermanna[13]), Collina[14]), Dietericha[15]), Klugego[16]), Lallemanda[17]), Pauliego[18]). Girtanner, który wcale zaprzeczał istnienia kiły dziedzicznej, upatrywał w zarażeniu się podczas porodu jedyną przyczynę kiły potomstwa; między okolicznościami, mającemi sprzyjać łatwemu zarażeniu się dziecka od matki kiłowej podczas porodu, wymieniał on wątłość i wrażliwość skóry noworodka, w skutek czego przyrzut kiłowy łatwo mógł przeniknąć przez skórę do obiegu krwi dziecięcia. Zdaniem zaś Putegnata[19]), jakkolwiek możliwem jest zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu, trafia się ono jednak dość rzadko, ponieważ skórę noworodka pokrywa obfita warstwa ze śluzu i wydzieliny skórnej się składająca, co niejako stanowi przeszkodę dla przenikania przyrzutu kiłowego. Trousseau, który poprzednio zaprzeczał temu, iżby noworodek mógł nabyć kiły od matki podczas porodu[20]), zmienił następnie swoje zdanie i stanowczo przechylił się na stronę obrońców teoryi zarażenia się dziecka podczas porodu[21]). Behrend opisał spostrzegane przez siebie dwa przypadki, w których nastąpiło zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu[22]).

Oprócz przytoczonych wyżej autorów, wierzących w możliwość zarażenia się noworodka kiłą podczas porodu, wymienimy tu jeszcze kilku syfidologów (Lafont-Gonzego[23]), Didaya[24]), Baerensprunga[25]), Simona[26]), Rinekkera[27]), Michaelisa[28]), Rosena[29]), Knoblaucha[30]) i Bergha[31]), którzy przypuszczali możliwość zarażenia się niemowląt podczas porodu tylko w takich przypadkach, w których poród trwał bardzo długo, u położnicy zaś były owrzodzenia kiłowe na częściach rodnych. Wymienieni autorowie mniemali nadto, iż podobne przypadki są dość rzadkie i że dla przenikania przyrzutu kiłowego do ustroju noworodka w takich okolicznościach koniecznemi są nadżerki i obrażenia skóry u dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1788. I. str. 432—433.
[2]) l. c. str. 21.
[3]) Henke: Handbuch der Kinderkrankheiten. 1818 str. 259.
[4]) Hufeland's: Journal. 1821. XIII. str. 109.
[5]) Die Kinderkrankheiten. 1822. str. 172.
[6]) Specielle Path. und Therapie. Berlin 1824. III. str. 135.
[7]) Traité pratique des maladies syphilitiques. VI. édition. Paris 1828. II. str. 245.
[8]) Handbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig 1826. str. 414.
[9]) Heidelb. klin. Annalen. 1830. VI. 2.
[10]) Die Syphilis. Berlin 1834. str. 392.
[11]) Tijdskrift f. Läkar. 1839. VII. 10.
[12]) Schmidt's Jahrb. 1836. IX. 3. str. 334.
[13]) Tamże. 1840. XXVII. 7, str. 69.
[14]) Tamże. 1841. XXX. str. 311.
[15]) Die Krankheitsfamilie Syphilis. Landshut 1842. I. s. 210 i 215.
[16]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. str. 16.
[17]) Tamże. 1846. I. str. 422.
[18]) Über Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis. Mannheim 1854. str. 27.
[19]) l. c. str. 83—85.
[20]) Gaz. des hôpiteaux. 1846. 143.
[21]) Tamże. 1857. 127.
[22]) Journal für Kinderheilkunde. 1851. XVII. str. 17.
[23]) Journal de Toulouse. 1854. Avril, May.
[24]) l. c. str. 58.
[25]) Deutsche Klinik. 1854. VI. str. 556.
[26]) Virchow's: Handbuch der spec. Pathol. und Therap. 1855. III. str. 578.
[27]) Verhandl. der phys.-medic. Gesellschaft in Würzburg. 1856. IX. str. LVIII.
[28]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1857. s. 329.
[29]) Behrend's Syphilidologie. N. R. III. 2, str. 188.
[30]) Tamże. N. R. III. 4, str. 507.
[31]) Hospitals-Tidende. 1863. V. 12, str. 45.

III. O przymiotach dobrej wody oraz metodach badania ze stanowiska współczesnej higieny.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 27. Czerwca 1894.

przez

O. Bujwida.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Badając grunt Warszawy w głębokości 3 metrów nie znajdywałem już bakteryj. Toż samo znalazł C. Fränkel w Berlinie. Niedawno, badając grunt mocno zanieczyszczonego podwórza naszego zakładu higienicznego znaleźliśmy na powierzchni 1,600.000 bakteryj w 1 cm³. ziemi, w głębokości 12 cm. 290,000, w głębokości 25 cm. 72,000 w głębokości metra 2,100, w głębokości $1^1/_2$ metra już tylko 720 bakteryj. W głębokości 2 metrów znaleźlibyśmy zapewne grunt prawie zupełnie pozbawiony bakteryj.

Spostrzeżenia te dowodzą, że grunt nie przepuszcza bakteryj, że zarazki te dostawać się mogą do wody tylko ze ściekami z powierzchni. Prostem następstwem tego spostrzeżenia będzie w dalszym ciągu przyjęcie zasady, że woda źródeł otwartych, rzek, strumieni musi być gorszą od wód gruntowych.

Dlaczegóż jednak w studniach zwykłych, dających wodę gruntową bywa tak dużo bakteryj?

Przypatrując się bliżej budowie studzien, zobaczymy, że cembrzyna nigdy nie jest tak szczelna, ażeby nie przepuszczała ściekającej wody, która w dodatku bardzo często tuż przy studni zanieczyszcza się szkodliwemi zarazkami; często bowiem pranie bielizny odbywa się przy studni, częściej zaś jeszcze studnia w takiem jest miejscu, że spadek z podwórza kieruje się ku niej a więc każdy deszcz spłukuje do niej nieczystości z podwórza. Przy tem, jeżeli studnia jest otwarta i każdy z czerpiących wodę przychodzi ze swojem naczyniem, łatwo może zanieczyścić wodę zakaźnemi materyami, które z sobą przynosi.

Dlatego to studnie otwarte nie odpowiadają w ogólności wymaganiom higieny i powinny być zastąpione pompami z odpowiednim spadkiem. Ponieważ jednak cembrzyna nigdy nie bywa dość szczelna, dlatego najlepszą ochronę od zanieczyszczeń spływających z zewnątrz zapewni pompa taka, która cembrowania nie potrzebuje, lecz wprost zapuszcza się do gruntu. Takie pompy, zwane abisyńskiemi lub Nortonowskiemi są to rury żelazne ze świdrem, ponad którym znajdują się drobne otworki dle przepuszczania wody. Za pomocą rękojeści wkręca się pompę do warstwy wodonośnej. Jeżeli woda znajduje się w drobnym piasku, dobrze jest otoczyć otworki rury cienką siatką drucianą, która nie przepuszcza piasku, przez co woda w ten sposób otrzymana bywa czystszą.

Jeżeli grunt jest kamienisty lub zwirowaty, lub też jeżeli mamy gotowy dół cembrowany, z którego chcemy mieć czystą wodę, natenczas należy do dołu wykopanego aż do warstwy wodonośnej zapuścić rurę a następnie obsypać ją piaskiem aż do góry. W ten sposób otrzymamy grubą

warstwę ziemi, przez którą nie mogą przesączyć się zanieczyszczenia.

Pompa abisyńska dostarcza wody zupełnie bez bakteryj, jeżeli tłoki znajdują się w porządku. Zresztą szkodliwych bakteryj nawet w razie zanieczyszczenia tłoka nie otrzymamy, jeżeli tylko funkcyonuje on dobrze. Niekiedy zdarza się, że tłok przestaje wodę ciągnąć. Wówczas dla wytworzenia dokładnego zamknięcia wlewać trzeba nieco wody do górnego otworu. Oznacza to, że tłok należy nowym zastąpić. Obszerniej nieco zatrzymaliśmy się nad budową studzien abisyńskich, gdyż kwestya ta obecnie jest bardzo na czasie.

Dla domów i rodzin wystarcza taka pompa abisyńska zupełnie. Jeżeli woda jest chemicznie dobra, nie za twarda, można ją zastosować i do technicznego użytku. Natenczas budują się pompy większe lub w jednem miejscu stawia się ich kilka.

Dla potrzeby miast w razie używania wody gruntowej budują się podziemne, t. zw. galerye filtrujące lub po zabezpieczeniu terenu od dopływu zanieczyszczeń urządza się stósowną liczbę szybów otwartych.

Ważną jest rzeczą mieć odpowiednią ilość wody, gdyż ze stanowiska higieny nietylko jakość wody rozstrzyga o pożytku z niej, w razie bowiem braku dobrej wody często bierze się niekiedy najgorszą, jak to na przykładzie Wiednia widzimy. Szczegółowe obliczenie w tej mierze zostawiam na później; teraz zastanowię się jeszcze tylko nad kilkoma kwestyami zostającymi w związku z jakością wody.

Jeżeli warstwy gruntu ułożą się tak, że nieprzepuszczalny pokład w jednem miejscu wychodzi nazewnątrz, natenczas woda gruntowa pokazuje się na powierzchni i mamy to, co nazywamy źródłem. Woda źródlana jest więc wodą gruntową i właściwie niema pomiędzy niemi żadnej różnicy.

Jeżeli źródło wypływa z gruntu zanieczyszczonego, natenczas mamy w niem te same produkty chemiczne, które mamy w złej wodzie gruntowej. Tak np. kilka źródeł wypływających w Warszawie i pobliżu ma wodę nadzwyczaj mocno chemicznie zanieczyszczoną; bakteryologicznie jednak woda ta jest zupełnie czysta, gdyż woda przed wydobyciem się nazewnątrz przejść musi przez grubą warstwę gruntu.

Najczystszą pod względem chemicznym zwykle bywa woda rzeczna. Tak np. woda z Wisły i Rudawy pod Krakowem zawierała:

Wisła	chloru	18 mil. w litrze;	części organicz.	10 miligr. w litrze.
Rudawa	„	7 „ „	„ „	12 „ „

Kwasu azotowego ani amoniaku nie było, z wyjątkiem śladu amoniaku na Grzegórzkach poniżej ścieku.

Pod względem bakteryologicznym jednak woda źródeł otwartych a mianowicie małych rzek i strumieni oraz większych rzek, przepływających przez wielkie miasta jest o wiele więcej zanieczyszczona.

Woda z Wisły tak pod Warszawą, jak i pod Krakowem jest bardzo mało zanieczyszczona. Jak już powiedziałem, pod względem chemicznym mianowicie zanieczyszczeń jest nadzwyczaj mało. Gdybyśmy jednak do ocenienia wody używali jedynie metody chemicznej, doszlibyśmy do tych wyników, na zasadzie których Pettenkofer uważa wodę rzeczną za najczystszą i zaleca ją do użytku mieszkańców nawet bez filtrowania sądząc, że samodzielne oczyszczanie się wody bieżącej rychło uwalnia ją od wszelkich składników szkodliwych. Przykład Hamburga z jego cholerą dowiódł jasno, do jakich wyników doprowadzić mogą zastósowania praktyczne takich poglądów.

Natomiast badając wodę zapomocą metody biologicznej pod względem obecności bakteryj dochodzimy do wniosku, że wody otwarte bywają zanieczyszczone mniej lub więcej, stósownie do dopływu ścieków. Badania takie w Warszawie i poniżej Warszawy wykazały, że gdy powyżej miasta znajdujemy 400—500 bakteryj w 1 cm³, już cokolwiek niżej po wpuszczeniu kilku ścieków ilość ta wzrasta do 1500—3000, poniżej zaś ujścia głównego kollektora nieczystości mamy ich przeszło 6000. Nieco dalej cyfra ta maleje stopniowo, jednak nawet w Płocku daje się ona odczuwać, gdyż wynosi od 900—1800 w 1 cm³. Nawet tak chyży prąd, jaki mamy w Wiśle, nie oczyszcza wody tak rychło, jakby sądzić należało według twierdzenia Pettenkofera. To samo znaleźliśmy w Wiśle pod Krakowem. W wodzie zaczerpniętej pod klasztorem pp. Norbertanek powyżej mostu Zwierzynieckiego znaleźliśmy w 1 cm³. 375 bakteryj

tuż pod mostem	375	„
poniżej Rudawy	500	„
naprzeciwko Wawelu	800	„
na Grzegórzkach brzeg prawy	1250	„
„ środek	1500	„
„ poniżej ścieków brzeg lewy	6400	„

Największa zatem ilość bakteryj pojawia się na Grzegórzkach i to na lewym brzegu, gdzie spływają nieczystości kloaczne, wypuszczane z beczek Talarda. W środku prądu znajdujemy znacznie mniej, najmniej zaś na prawym brzegu, gdzie widocznym jest tylko wpływ Rudawy. Ta rzeczka, do której spływa wielka ilość drobnych ścieków, jest bardzo zanieczyszczona i jakkolwiek chemicznie wodę jej można uważać za bardzo czystą, to jednak bakteryologicznie jest zła, gdyż zawiera do 18,000 w centymetrze sześciennym.

Widzimy więc, że woda rzeczna bywa niekiedy bardzo zanieczyszczona; zależy to jednak od dopływu ścieków. Nasze rzeki są w ogóle nieznacznie zanieczyszczone i tylko wzgląd na to, że z temi zazwyczaj nieszkodliwemi zanieczyszczeniami mogą się niekiedy dostawać również i zanieczyszczenia szkodliwe, powstrzymuje nas od uważania wody rzecznej za zupełnie bezpieczną.

To też do zaopatrywania miast w wodę wskutek możliwości dostania się szkodliwych zanieczyszczeń, używać wody rzecznej i źródeł otwartych należy tylko wówczas, jeżeli: 1) niema dobrej i w dostatecznej ilości wody źródlanej lub gruntowej; 2) jeżeli nie ma wpuszczonych ścieków i kanałów w długości 20 — 30 kilometrów powyżej miejsca czerpania; 3) w każdym razie przed użyciem musi się filtrować ją przez warstwę piasku metrowej grubości. Filtrowanie samo musi odbywać się umiejętnie a urządzenia filtrujące muszą być zamknięte i zabezpieczone od wpływu zmian ciepłoty powietrza atmosferycznego.

Streszczając to, cośmy dotąd powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że dobra pod względem higienicznym woda powinna:

1) nie zawierać bakteryj chorobotwórczych,

2) nie zawierać w 1 cm. sześć. więcej, niż 100 bakteryj w ogólności,

3) mieć temperaturę nie wyższą nad 16° C.

4) twardość jej nie powinna przenosić 16—18 stopni francuskich.

5) nie powinna zawierać więcej, niż 50 mlgr. w litrze materyj organicznych,

6) nie powinna zawierać więcej nad 5—10 mlg. w litrze kwasu azotowego, oraz

7) wcale nie powinna zawierać amoniaku, gdyż ostatnie dwie substancye zwykle występują współcześnie z wielkiemi ilościami żywych bakteryj,

8) nie zawierać więcej, niż 15 mlgr. w litrze chloru (w postaci chlorków),

9) nie zawierać pierwiastków trujących, jak ołów, arsen i t. p.

IV. Mięsienie (massage) brzucha kulą żelazną.

Podał

Dr. Karol Reiss z Dukli.

Już od roku posługuję się w mięsieniu brzucha kulą armatnią, powleczoną irchą. Kula waży 2 kilogramy a średnicy ma 8 cm. Mięsienie odbywa się w następujący sposób: Położenie osoby, jak zwykle przy mięsieniu brzucha na wznak z podwyższoną głową, nogi w kolanach zgięte. Kulę tacza się po brzuchu z prawej ręki do lewej w kierunku poprzecznym i podłużnym, robiąc zakręty dowolne. Mięsienie winno odbywać się raźnie i nie dłużej, jak przez $1/2$ godziny. Kula żelazna ma wiele za sobą nad mięsieniem rękoma, które dokładnie może przeprowadzić tylko lekarz zawodowy.

Korzyści z zastósowania kuli żelaznej są następujące:

1) Można bez wszelkiej nauki robić ten rękoczyn samowolnie i swobodnie.

2) Sposób ten nie męczy bynajmniej, gdyż kula biega swobodnie po brzuchu, chociaż lekko tylko poruszana, wywierając skutek pożądany przez swój ciężar i obrót.

Przy działaniu w ten sposób przez czas dłuższy, podwaja się ruch robaczkowy jelit, kał nagromadzony miejscami w większej ilości rozdziela się równiej a wiatry przez jednakowe ugniecenie jelit odchodzą swobodnie, przez co przyspiesza się trawienie.

Przekonałem się na samym sobie o zbawiennym skutku mięsienia brzucha kulą żelazną, którą ze względu na trawienie odbywać należy po obiedzie i wieczerzy. Ten sposób mięsienia mogę przeto zalecić Szanownym Kolegom.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: **O zapaleniu błoniastem spojówki** (*conjunctivitis cruposa s. membranacea*).

Błonica (*diphtheria*) i dławiec (*croup*) jednem spojówki nie są cierpieniem, jakkolwiek dawniej ścisłej między niemi niemi nie robiono różnicy. To też i Michel i Graefe i inni łączyli te dwa cierpienia w jednę grupę; badania jednakże bakteryologiczne zmuszają do rozróżniania tych dwóch postaci chorobowych, gdyż w błonicy wykazać można prątki Loefflera, które dzisiaj wszyscy uważają za jej przyczynę, gdy w zapaleniu spojówki dławcowem dotąd nie znaleziono żadnego swoistego drobnoustroju.

Że zaś te dwa cierpienia z sobą mięszano i w zapaleniu dławcowem równie źle rokowano, jak w błonicy, to pochodzi prawdopodobnie ztąd, że dławiec spojówki nie zawsze występuje w postaci typowej. Raz widzimy tak nieznaczne tylko błonki na spojówce, że raczej usprawiedliwia rozpoznanie mocniejszego nieżytu ostrego, drugi raz znajdziemy, w szczególności w załamkach, nacieki blado szare, które tylko trudno można oddzielić od spojówki. Mimo to należy odróżniać dławiec od błonicy; zapalenie spojówki dławcowe nie pozostawia nigdy blizn w spojówce, zapalenie błonicze nie ustępuje bez blizn głębiej sięgających i nieraz bardzo rozległych.

Wydzielina w zapaleniu dławcowem jest obfita (śluz zmięszany z ciałkami ropnemi), w błonicy nie ma prawie wcale wydzieliny. Dolegliwości w zapaleniu dławcowem nie mogą być znaczne, gdyż dzieci zwykle są spokojne; błonica jest bardzo bolesna i często idzie w parze z mocnem obrzmieniem najbliższych gruczołów chłonnych. Podobnem jest zapalenie dławcowe także do rzeżączki, lecz w rzeżączce wydzielina jest ropna i błonki, jeśli się tworzą, są cienkie i nader łatwo oddzielić je można. W zapaleniu dławcowem powikłań żadnych nie ma; jednakże przy niestósownem leczeniu łatwo przystępują zapalenia rogówki a wtedy rokowanie, zwykle pomyślne, może stać się wątpliwem. Z dławcem gardła nic nie ma wspólnego; zdarza się u dzieci w wieku od dwóch do trzech lat.

Szokalski był zdania, żeby podczas tego zapalenia spojówkę przyżegać słabym rozczynem azotanu srebrowego, inni jak Fuchs, Horner przestrzegają przed przyżeganiem. W. radzi przepłukiwać worek spojówkowy często słabym rozczynem kwasu borowego i stósować równocześnie zimne okłady na powieki. Po spłukaniu spojówki można płatkiem oddalić błony i wprowadzić do worka spojówkowego maść: Rp. *Hydrargyri oxydati rubri via humida parati 0.25*, *Vaselini 10·0*, i rozprowadzić ją lekko powiekami po całej spojówce. Przy tem leczeniu cierpienie ustępuje po 8 do 10 dniach. Skoro błony przestaną się już tworzyć a wydzielina stanie się obfitą, należy używać azotanu srebrowego $1/2$%; gdyby jednak dziecko nie mogło już dłużej zostać pod okiem lekarza, można dać rodzicom do ręki $1/2$% roczczyn siarkanu cynku do zapuszczania. Gdy wydzielina zmniejszy się, radzi W. wrócić do przemywania spojówki kwasem borowym lub ałunem. (*Nowiny lekarskie*, Nr. 7. Lipiec 1894.).

Dr. Brudzewski.

Farmakologia.

Vineberg. **O wpływie kwasu salicylowego na macicę.**

Na działanie namaciczne kw. salicylowego mało dotychczas zwracano uwagi.

Jeszcze w r. 1886 doniósł B. Schuchardt (*Corresp. Bl. der allg. ärtz. Ver. f. Thüringen*), że w czasie używania salicylanów miesiączka trwa dłużej i bywa obfitszą; opisał też 4 przypadki poronienia po używaniu tego leku w innych celach.

W ostatnich czasach (*Berl. kl. Woch.* 1893. Nr. 41) podał Binz wyniki doświadczeń na zwierzętach. Vineberg obserwował 2 przypadki, o których sądzi, iż w nich salicylan sodowy miał wpływ na macicę.

W pierwszym przypadku położnica w 14. dniu prawidłowego połogu dostała ostrego gośćca stawowego. Poród i połóg były pod każdym względem prawidłowe. Odchody połogowe były prawidłowe i zanim gościec wystąpił, skąpe, szaro-żółte. Podano salicylan sodowy po gramie co 3 godziny a gdy napad gośćca był bardzo mocny, przez dni parę co 2 godzin. Drugiego dnia po rozpoczęciu leczenia chora doznała dość silnego krwotoku macicznego, chociaż oburęczne badanie wykazało, iż zwijanie się macicy postąpiło prawidłowo. W ciągu 3 tygodni używania tego leku chora bardzo często doznawała krwotoków macicznych, które jednak ustawały, gdy zaprzestawano salicylanów. Mimo to zdaje się, iż było to bez wpływu na zwijanie się macicy, bo po 6 tygodniach macica była zupełnie zwiniętą i nieco tylko większą od zdrowej, panieńskiej.

Drugi przypadek tyczył się młodej, delikatnej, 18-letniej dziewczyny, pozostającej od pewnego czasu w leczeniu z powodu skąpej, opóźnionej miesiączki i ogólnej wątłości. Leczenie skierowano ku poprawieniu stanu ogólnego, pozostawiając uregulowanie się czynności macicy samej sobie. Z powodu ostrego zapalenia migdałków przepisano jej salicylan sodowy po gramie co 3 godziny. Dnia następnego wystąpiła miesiączka o cały tydzień pierwej, niż jej spodziewano się. Była też obfitsza, niż kiedykolwiek; za pojawieniem się jej miała chora boleści, lecz nie większe, niż zwykle.

Opierając się na tych przypadkach i przejrzeniu piśmiennictwa przychodzi V. do następujących wniosków:

1) Kwas salicylowy i jego połączenia mogą oddać korzyści w przypadkach skąpej i opóźnionej regularności.

2) Nie należy ich stósować u ciężarnych skłonnych do poronień i u osób cierpiących na krwotoki maciczne miesiączkowe i pozamiesiączkowe.

3) Ostrożnie używać ich należy u ciężarnych i zaniechać, skoro tylko pojawią się krwawe plamy lub bóle podobne do porodowych. (*The New York Medical Journal.* 1894. 23 June Vol. LIX, Nr. 25). *P. A.*

Joire: **Użycie kokainy na zgubienie mleka** (jako *antigalacticum*).

Autor podaje, iż według jego spostrzeżeń kokaina używana w bolesnem pękaniu brodawek zmniejsza wydzielanie mleka a to nasunęło mu myśl używania jej w przypadkach, w których idzie o zupełne powstrzymanie tej wydzieliny. Autor używa następującego rozczynu:

Rp. *Cocaini hydrochlorici* 5·00
Aquae destil.
Glycerini $\widetilde{aa}$ 50·00
MS. Miękką szczoteczką pomazywać po 5 do 6 razy dziennie

Powstrzymanie wydzielania mleka ma nastawać w czasie dwu do sześciu dni. Żadnej niedogodności nie można się obawiać z użycia tego rozczynu z przyczyny, że powierzchnia pomazywana jest tak mała. Kokaina sprawiając znieczulenie brodawki utrudnia jej wzwód, zdaniem autora, sprzyjający wydzielaniu się mleka. (*Lyon médical* 20. Maja 1894). *P. A.*

Zapiski terapeutyczne.

— J. Buchner: O wrodzonych siłach ustroju przeciw czynnikom chorobowym. Wiadomo, jakiemu wielkiemu przeobrażeniu uległa nauka lekarska przez odkrycie mikroskopowych czynników chorobowych, którego ostatecznem następstwem jest wynalezienie i wyrabianie antytoksyn, t. j. owych odtrutek znajdujących się w surowicy krwi zwierząt szczegółowo immunizowanych czyli uodpornionych przeciw swoistym truciznom bakteryjnym. Wiadomo dalej, że w Niemczech są już nawet dwie fabryki wyrabiające antytoksyny błonicze czyli dyfteryjne: fabryka w Höchst wyrabiająca antytoksynę sposobem podanym przez Behringa i Ehrlicha i fabryka w Berlinie wyrabiająca antytoksynę sposobem Aronsona (por. Nr. 28. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.). Z doświadczeń Martiusa w pracowni autora wypada, że antytoksyna Behringa i Ehrlicha, działa, co najmniej dwa razy słabiej niż antytoksyna Aronsona, co pochodzi najpodobniej do prawdy z różnego stopnia jej koncentracyi przy wyrabianiu.

Powoli wyrobiło się dalej przekonanie, że ustrój ludzki i zwierzęcy ma swoiste środki obronne przeciw czynnikom chorobowym. Tutaj to należy teorya fagocytów Miecznikowa, teorya pożerania bakteryj przez leukocyty, która jednak za dalszemi badaniami i doświadczeniami doprowadziła do poznania okoliczności niedających się z nią pogodzić.

Do tego odnosi się z jednej strony wykazanie bakteryobójczego działania krwi i jej surowicy, nasuwające domysł obecności w nich aleksyn, mogących już działać przed fagocytozą, z drugiej strony wykrycie, że obumarłe bakterye są wabikiem na leukocyty.

Po wielu poszukiwaniach i rozprawach zdaje się ostatecznie, że leukocyty mają rzeczywiście udział w obronie ustroju przed bakteryami jako czynnikami zakażenia, ale nie przez to, iż je pożerają, lecz przez to, że wydzielają ze siebie substancye rozpuszczone, które są przyczyną, iż wypociny zawierające leukocyty działają jeszcze dzielniej przeciw bakteryom, niż sama krew i jej surowica.

Jakoż jeszcze przed 20 laty powstało mniemanie, że zapalenie i powstała skutkiem jego wypocina zapalna są naturalnymi środkami obrony ustroju przed zakażeniem a dalsze badania coraz bardziej zdanie to potwierdzały. Dopiero jednak w najnowszych czasach udowodniono, że wypociny zawierające leukocyty działają lepiej przeciw bakteryom, niż surowica krwi, tudzież że działanie to wypociny zapalnej pochodzi od substancyj w niej rozpuszczonych, gdyż zamrożenie, które niszczy leukocyty, nie wstrzymuje bakteryobójczego działania wypociny zapalnej.

Na podstawie przeto dzisiejszego stanowiska nauki, możemy powiedzieć, że wrodzone siły ustroju przeciw czynnikom chorobowym znajduje się tak we krwi i jej surowicy jak i w leukocytach a rzeczą będzie dalszych badań poznać je bliżej.

Z takiego pojęcia o wrodzonych środkach obrony przeciw chorobom tłómaczyćby sobie może wypadało skuteczność przekrwienia zastoinowego w miejscowej gruźlicy stawów podanego przez Biera (p. *Przegląd lek.* Nr. 13. z r. b.), ułożenia części chorej, wykluczanie się gruźlicy i przekrwienia zastoinowego, wpływ zimnej i gorącej wody, ruchu mięśniowego i mięsienia.

Że oczywiście w tej obronie organizmu przeciw nieprzyjacielskim bakteryom odgrywać musi wielką rolę i sama jakość krwi, wątpliwości nie ulega. Samo powiększenie się liczby leukocytów we krwi powiększy jej działanie przeciwbakteryjne i mielibyśmy w niem też środek obrony przeciw chorobom infekcyjnym.

Dalsze badania i doświadczenia powinny być następstwem dzisiejszego stanu nauki w tej sprawie. (*Münchener med. Wochenschrift.* 24. Lipca 1894).

— D. Wittkowski (w Berlinie): O wyjaławianiu rąk pyłem marmurowym. (Z prywatnej kliniki Dra Schleicha). Aseptyka wymaga, żeby nasze instrumenta chirurgiczne były jak najgładsze, bez żadnych ile możności rowków i zagłębień. Najważniejszem i najpospolitszem narzędziem chirurgicznem jest ręka operatora, do oczyszczenia której używa się dotychczas przeważnie szczotki. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że wodą wrzącą i sublimatem można szczotkę wyjałowić, to jednak pewna, że w praktyce użycie szczotki nie odpowiada prawidłom ścisłej aseptyki tem mniej, że z poszukiwań Gepperta wypada, iż przeceniano dotychczas działanie desinfekcyjne sublimatu.

Tym niedogodnościom zaradził Schleich przez wymyślenie mydła, które łączy w sobie desinfekcyą i mechaniczne oczyszczenie rąk i czyni zbytecznem wszelkie użycie szczotki i osobnego mydlenia. Mydło to składa się ze zwykłego mydła (*sapo domesticus*), do którego dodano potrójną na objętość ilość przesianego pyłu marmurowego, $4^0/_0$ lizolu i nieco ciasta woskowego Schleicha.

Mydło takie dostaje się we wszystkie zgłębienia i rowki rąk i palców, czyści skórę nawet w głębszych warstwach przyskórka i odpowiada wszelkim wymaganiom aseptyki, jak tego dowiodły doświadczenia bakteryologiczne autora, który używał tego mydła w 1700 przypadkach bez najmniejszego nawet śladu zakażenia.

Szczególną korzyść z użycia tego mydła widzi autor w pozbyciu się drogiego alkoholu i szczotki, która według poszukiwań Spielhagena z kliniki Bergmanna stać się może prawdziwą glebą zarodków, jeżeli tylko nie czyści się jej z nadzwyczajną skrupulatnością.

Mydło z pyłem marmurowym zaleca się też dlatego do użycia przez akuszerki i przyda się niewątpliwie w razie wojny. (Mydło to wyrabia po cenie $1^1/_2$ marki za kilogram

aptekarz Kohlmayer w Berlinie S. W. Belle Alliancestrasse 12). *(Therapeutische Monatshefte.* Lipiec 1894).

— Gurlt (w Berlinie): Przyczynek do statystyki znieczulań. W roku sprawozdawczym 1893/4 nadesłano zdań sprawy z 33083 narkoz chloroformem, 11699 eterem, 3896 eterem i zarazem chloroformem, 750 mięszaniną chloroformu, eteru i alkoholu, 2986 bromkiem etylu (169 razy w połączeniu z chloroformem i eterem lub obydwoma) i 91 tlenkiem azotu. Opuszczając ostatnie jako pochodzące wyłącznie z praktyki dentystycznej, pozostaje 52384 narkoz z 21 przypadkami śmierci czyli w stósunku 1 na 2494. Razem obejmuje zbiorowe z 4 lat zdanie sprawy 166812 narkoz chloroformowych z 63 przypadkami śmierci czyli 1 na 2647, 26320 narkoz eterem z 2 † czyli 1 na 13160, 8014 mięszanych chloroformem i eterem z 1 †, 4190 narkoz chloroformem z eterem i wyskokiem z 1 †, 7541 bromkiem etylu z 2 † czyli 1 na 3770 i 597 narkoz pentalem z 3 † czyli 1 na 199. W roku sprawozdawczym było szczególniej wiele przypadków śmierci po użyciu chloroformu, bo 1 na 1946: przy użycia zaś eteru 1 przypadek śmierci na 5834 narkoz. Stósownie do tego zmieniły się w Niemczech i liczby narkoz w porównaniu do roku zeszłego: narkoz chloroformem było w roku ostatnim 33000, w przeszłym zaś 38400, narkoz eterem 11600 a było dawniej 6200, chloroformem i eterem 3800 i 1200, bromkiem etylu 2900 i 2000. Na 3182 razy użycia chloroformu Pictetowskiego było 2 przypadki śmierci. Porażeń po narkozach (por. Nr. 27. *Przeglądu lek.* z r. b.) spostrzegano 9 i to 2 razy nerwu sprychowego, 3 razy splotu ramiennego, 3 razy po laparotomiach, raz po wyjmowaniu części schorzałych z pod pachy. Wszyscy obserwatorowie zgadzają się, iż pod wpływem znieczulenia eterem powiększa się wydzielanie śluzu i śliny i skłonność do nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc. Za użyciem maski Wanschera wystarczała połowa ilości eteru potrzebnej do znieczulenia za pomocą maski Julliarda.

Towarzystwo chirurgiczne niemieckie uchwaliło na wniosek Bardelebena zbierać dalej daty statystyczne narkoz. *(Centralblatt für Chirurgie.* 28. Lipca 1894. Dodatek).

— F. Uhle: Przyczynek do terapii czerwonki i biegunek w lecie. Na podstawie własnego doświadczenia w Indyach Wschodnich przypomina autor środek dziś zapomniany, tak zwany biegunecznik (*simaruba*), którego używa w ostrej i przewlekłej czerwonce obok stósownej dyety a po zadaniu oleju rącznikowego (*oleum ricini*), w razie potrzeby i przepłukaniu gruntownem jelit $^1/_2$—1% rozczynem taniny w postaci:

91) Rp. *Dcti simarubae e l. a. par.* 8·00 170·00
Cognaci
Mucilaginis salep aa 10·00
Ttrae opii 0·50—1·00
Syr. cort. aurant. 25·00
MDS. Co 2 godziny po łyżce stołowej.

W prostych biegunkach letnich nie ma oczywiście potrzeby wypróżniania jelit przed zadaniem biegunecznika.

U dzieci opuszcza autor makowiec, w miejsce którego daje taninę:

92) Rp. *Dcti simarubae e l. a. par.* 2.50 70·00
Tannini 0·50
Vini hungarici 10·00
Mucilaginis salep 15·00
Syr. cort. aurantiorum vel papaveris 15·00
MDS. Co godzinę po łyżeczce od herbaty.

(Ther. Monatshefte. Lipiec 1894).

— Przeciw uporczywym wymiotom w ciąży zaleca J. Berry:

93) Rp. *Liquoris arsenicalis Fowleri guttas* 15
Natrii bicarbonici 5·00
Ttrae valerianae 30·00
MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Niepodobieństwem jest choćby w najkrótszych rysach dać pogląd na prace każdej z osobna sekcyi. Wypowiedziane tam odczyty dopiero stopniowo w całości lub streszczeniach ukazują się w różnych czasopismach lekarskich.

Przejdziemy więc do dalszego przebiegu Zjazdu i początku posiedzeń ogólnych.

Pierwsze z nich, jak wspomniałem wyżej, odbyło się następnego dnia po otwarciu Zjazdu po południu pod przewodnictwem Baccellego, zasiadającego w otoczeniu całego sztabu delegatów państwowych i organizatorów Zjazdu. Pierwszy odczyt miał Virchow, przyjęty długotrwałymi oklaskami, wśród których wręczono mu złoty medal pamiątkowy od miasta Forli, miejsca rodzinnego Morgagniego. Odczyt ten, wypowiedziany w języku niemieckim, ma tytuł: *Morgagni und das anatomische Denken* i przedstawia rozwój historyczny nauk lekarskich od najdawniejszych czasów, rozwój postępujący bez przerwy naprzód w ciągu 28 wieków, kierowany jednością celu nauki, jednością zadania jej przedstawiciel. W ciągu tego wielowiekowego pochodu powstawało mnóstwo teoryj, hipotez i szkół, powstawało i ginęło, ustępując miejsca nowym. Dopiero w drugiej połowie zeszłego wieku nastąpił przełom w dotychczasowym rozwoju medycyny, opartym na hipotezach i zwrot w kierunku ściśle przyrodniczym. Jednym z głównych winowajców tego zwrotu był Morgagni, którego pomnikowe dzieło: *De sedibus et causis morborum* (1761) po raz pierwszy wskazało na jedynie racyonalną podstawę dla wszystkich gałęzi lekarskich, na badania oparte na anatomii. Ta więc nauka „myślenia anatomicznego“, stanowi nieśmiertelną zasługę Morgagniego, który przeto jest rzeczywistym ojcem dzisiejszej patologii.

Bouchard w następnym odczycie o gorączce, zwraca uwagę na ważny nader wpływ, jaki wywiera system nerwowy na podnoszenie się ciepłoty ciała. Wpływ ten zdaniem mówcy można wyzyskać w celach zapobiegawczych i leczniczych; w ten sposób otrzymać można pożądaną termoregulacyę. Odruchy chronią nas o wiele więcej przeciw wpływom zimna, niż ciepła wewnętrznego; zmiany zaś ciepłoty wewnętrznej działają wprost przeciwnie. Co się tyczy człowieka, to wiemy obecnie tyle, iż jest on lepiej przysposobiony do zachowania swej ciepłoty prawidłowej, niż do podniesienia jej do normy w razie spadku. Człowiek zdrowy i silny przedstawia nadzwyczaj drobne tylko zmiany ciepłoty, przeciwnie zaś osoby osłabione, rekonwalescenci. Źródłem gorączki mogą być mięśnie, których praca sprawia podniesienie ciepłoty, zostające w prostym stósunku do napięcia wysiłku mięśniowego, lecz nie do czasu jego trwania. Zarówno istnieje gorączka dyspeptyczna u osób z upośledzeniem trawienia. Z szeregu okoliczności wynika, że system

nerwowy stanowi odczynnik nader wrażliwy na wszystkie bodźce, wywołujące gorączkę.

Trzeci z rzędu odczyt, zbyteczny już co prawda wobec długości obydwóch poprzednich, miał Babes: O stanowisku państw wobec wyników współczesnych badań bakteryologicznych, w którym przedstawił historyczny pogląd na stosunek państwa do lekarzy i wskazał na wzrost coraz ściślejszego związku pomiędzy zagadnieniami życia społecznego, ekonomii politycznej a higieną i instytucyami sanitarnemi. Dzięki nowym zdobyczom i udoskonaleniom metod badania higiena staje się prawdziwą nauką o pewnych podstawach i przy jej pomocy państwo będzie mogło urzeczywistnić właściwy swój cel — stać się „państwem higienicznem“.

Tego samego wieczora odbyło się „wielkie przedstawienie galowe na cześć uczestników kongresu“, jak głosiły olbrzymie afisze, porozlepiane po całem mieście. Jakkolwiek nie łudzono się bynajmniej, aby zaproszenia na to przedstawienie rozsyłano członkom darmo, jak mógłby sobie kto pomyśleć w naiwności ducha, tyle naczytawszy się na każdym rogu ulicy o tem przedstawieniu „dla pp. kongresistów“, jednakowoż ceny miejsc w teatrze Costanzi „dla pp. kongresistów“ .... przeszły najśmielsze oczekiwania: loża 200 frk. fotel 40; były wprawdzie i nieco tańsze miejsca, lecz zdobycie ich przedstawiało zbyt wielkie trudności. To też wieczorem w teatrze, pomimo bardzo dobrej obsady Traviaty, było wcale przestrono. Zrozumieli wtedy Włosi, że strunę przeciągnęli, i zaraz na drugi dzień w zjazdowym *Giornale officiale*, zarówno jak i w pismach codziennych, zamieszczono komunikat Komitetu Zjazdowego, zapewniający, iż nie ma on nic wspólnego z całym „interesem“ teatralnym, który urządzało i rozreklamowało przedsiębiorstwo prywatne, żadnej przeto odpowiedzialności na siebie za nie brać nie może. Czy oświadczenie to oczyściło w zupełności sumienie Komitetu — wątpię, uspokoiło nieco jednak gniew bardziej obrażonych lub pokrzywdzonych na kieszeni.

Drugie posiedzenie ogólne następnego dnia, w sobotę 31. Marca po południu zgromadziło, jak to można było przewidzieć, już znacznie mniejszą liczbę uczestników, aczkolwiek zapowiedziane tematy zasługiwały w zupełności na wysłuchanie w skupieniu ducha i z niewątpliwą nawet dlań korzyścią. W odczycie pierwszym prof. Foster z Cambridge starał się przekonać słuchaczów o potrzebie organizacyi w nauce, jako środka pomocniczego w zadaniu badań naukowych. Punktami wytycznymi w życiu każdej istoty uorganizowanej są z jednej strony zróżniczkowanie (*differentiatio*), z drugiej łączność, skupienie (*integratio*). Pierwsze z nich czyni w nauce wielkie postępy; był czas, kiedy jeden człowiek mógł uprawiać z powodzeniem kilka nauk odrębnych, dziś musimy się zadowolnić badaniem jednej umiejętności lub nawet jednej tylko jej gałązki. Wobec zaś coraz większej specyalizacyi w nauce to różniczkowanie posuwać się będzie jeszcze naprzód. Dlatego też, sądzi mówca, potrzebna jest większa łączność w badaniach naukowych a do przeprowadzenia tej organizacyi w nauce, zdaniem jego, powołany jest obecny Zjazd międzynarodowy w Rzymie, tem Wiecznem Mieście, które przez wieki całe było punktem węzłowym, skupiającym w sobie interesy intellektualne całego świata. Zadaniem tej organizacyi w nauce winno być zespolenie badań osobistych z badaniami zbiorowemi, gdyż w ten tylko sposób można uniknąć rozpraszania się i marnowania sił i osiągnąć świadome celu i uczciwe dążenie do prawdy naukowej. Prawdziwy badacz, podobnie jak prawdziwy poeta rodzi się już takim i jest zadaniem organizacyi skierować go na właściwe tory. Ambicya, chęć sławy, nawet prosta ciekawość stanowią częstokroć pobudkę do pracy naukowej, lecz i te nawet czynniki mogą przy odpowiedniej organizacyi przyczyniać się do ogólnego postępu nauki, którego jedynym kierownikiem być winna miłość prawdy. Racyonalna organizacya ma mieć na celu wskazywanie dróg niedoświadczonym i kierowanie pierwszymi ich krokami w badaniach naukowych, aby napróżno nie szukali dróg, już przez innych odkrytych i mogli odnieść odpowiednią korzyść dla nauki ze swych zasobów intellektualnych. Takie kierownictwo i kontrola dadzą się jedynie osiągnąć przez międzynarodową organizacyę badań naukowych, do czego powinny się przyczynić wszystkie narody a dobre skutki niedługo każą czekać na siebie.

Mniej może odpowiedni treścią na posiedzenie ogólne, jakkolwiek zajmująco wypowiedziany był odczyt profesora Laachego z Chrystyanii: O przeroście samoistnym serca i o zwyrodnieniu mięśnia sercowego.

Skreśliwszy szczegółowo różne teorye co do powstawania chorób serca i zaznaczywszy zasługi w tym względzie badaczów francuskich (Vieusseaux, Sénac) i włoskich (Lancisi, Albertini) przedstawił mówca tak cały zbiór objawów chorobowych w przeroście serca samodzielnym: Powiększenie objętości serca, brak dających się wykryć zboczeń w krążeniu zarównych dośrodkowych jak i obwodowych, prawidłowość działania zastawek sercowych i ich całość. Wielkość serca waha się w dość znacznych granicach i częstokroć największe okazy *cor bovinum* tu właśnie należą. Pod względem etyologicznym na trzy czynniki głównie zwraca on uwagę: alkoholizm w postaci nadużycia piwa, przeciążenie pracą umysłową i walkę o byt. Co się tyczy leczenia, to najważniejszem jest tu zapobieganie; kuracya Oertlowska może także znaczne oddać usługi. Żałować tylko należy, konkluduje mówca, iż higienę serca tak mało uwzględnia się w porównaniu z higieną płuc, narządu trawienia i nerwów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 2. Sierpnia 1894 r.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbyć się mający w Budapeszcie od 1. do 9. Września r. b. zapowiada się bardzo dobrze. Dotychczas zgłoszono się w sekcyi higienicznej z 593, w sekcyi demograficzzej zaś ze 132, razem więc z 725 wykładami. Zamianowało swych reprezentantów na kongresie 26 rządów z 92, 91 władz z 163, 41 uniwersytetów z 65, tudzież 132 towarzystw z 300 delegatami, razem przeto 290 ciał z 620 delegatami.

Z kongresem łączy się wystawa, obejmująca także i asanacyą wielkich miast a w tym dziale wezmą udział Berlin, Hamburg, Berno morawskie, Paryż, Montpellier, Wenecya, Odesa, Aleksandrya, S. Louis de Potosi i inne.

Na posiedzeniach ogólnych będą mieć wykłady: 1) Prof. Leyden z Berlina: O opiece wielkich miast nad suchotnikami; 2) Prof. Mayr ze Sztrasburga: O statystyce i socyologii; 3) Inżynier Herzberg z Berlina: O zadaniach higienicznych inżyniera; 4) Prof. Levasseur z Paryża: Historya demografii; 5) Prof. Erismann z Moskwy: O walce ze śmiercią; 6) Dr. Hart z Londynu: O cholerze mianowicie na Wschodzie i sposobach jej szerzenia się; 7) Prof. Lombroso z Turynu: O zbrodniarzu.

Bilety uprawniające do podróży na kongres po zniżonej cenie wydawać będzie międzynarodowe Towarzystwo wagonów sypialnych i europejskich pociągów pilnych (*ekspres*). Uprasza się o zgłoszenie ze składką do jeneralnego sekretarza prof. Dra Kolomana Müllera w Budapeszcie w szpitalu św. Rocha do 10. Sierpnia r. b.

— W Paryżu panuje w tej chwili, jeżeli wolno tak wyrazić się, prawdziwa epidemia samobójstw. W drugim tygodniu Lipca odebrało sobie życie 17 a w pierwszym 31 osób. Średnia temperatura powietrza atmosferycznego w tych tygodniach wynosiła 25·4 i 27·4° C. Zgadza się to z ogólną opinią i statystyką, że najwięcej samobójstw bywa w porze gorącej. Statystyka wykazuje dalej, że najwięcej samobójstw bywa także w ostatniej kwadrze księżyca i między 6. rano a południem.

— Izba lekarska w Krakowie otrzymała na ręce swego prezydenta, prof. Dra Jakubowskiego za pośrednictwem Namiestnictwa następujący reskrypt c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18. Stycznia b. r.:

W załatwieniu zdania sprawy z 1. Grudnia 1893 roku l. 10.885. c. k. Ministerstwo spraw wewn. zwracając podanie salzburgskiej Izby lekarskiej **w przedmiocie przynależności lekarzy zdrojowych do Izb lekarskich** oznajmia, co następuje:

Postanowienia ustawy o Izbach lekarskich z 22. Grudnia 1891. (Dz. p. p. Nr. 6. z 1892) wkładają w myśl §. 2. — z wyjątkiem w tymże paragrafie i w §. 15. oznaczonych przypadków — na każdego do praktyki lekarskiej uprawnionego lekarza obowiązek przystąpienia do właściwej Izby lekarskiej; na tych zaś lekarzy, którzy, jak n. p. lekarze zdrojowi w celu praktykowania na dłuższy czas osiedlają się poza obrębem właściwej Izby, obowiązek doniesienia o zmianie siedziby tak Izbie, do której należą, jak i tej, w obręb której przesiedlają się. Z tego wypada, że lekarze zdrojowi nie są równocześnie członkami kilku Izb a tem samem mogą tylko w jednej Izbie mieć prawo czynnego i biernego wyboru.

W razie osiedlenia się obcego lekarza w celu czasowego wykonywania praktyki lekarskiej w obrębie pewnej Izby lekarskiej, winna Izba sprawdzić, czy ten lekarz nie należy albo czy nie jest obowiązanym należeć do jakiej innej Izby lekarskiej.

Jeżeli się okaże, że lekarz osiadły celem czasowego wykonywania praktyki lekarskiej, jeszcze nie należy do żadnej Izby lekarskiej i nie ma stałej siedziby w obrębie żadnej innej Izby, do którejby według obowiązujących ustaw należeć winien, powinien być wpisany do Izby lekarskiej, w obrębie której osiedlił się czasowo.

Ponieważ według przepisów §. 2. ustawy o Izbach lekarskich obowiązek lekarzy należenia do Izb lekarskich — z wyjątkiem §. 15, w razie zrzeczenia się praktyki lekarskiej — zależy jedynie od uprawnienia do praktyki lekarskiej, winno się traktować wszystkich lekarzy przynależnych do krajów korony węgierskiej, o ile oni w celu praktyki lekarskiej osiedlają się w kraju, zupełnie tak samo, jak lekarzy krajowców.

— Wiadomo, iż pierwsza epidemia odry w ludności, nigdy przez tę chorobę nienawiedzonej bywa bardzo gwałtowna a znanym jest w tej mierze przykład epidemii na wyspach Faroer, opisanej przez słynnego Panuma. Przykłady jednak takie są z natury rzeczy bardzo rzadkie. Otóż niejaki Dr. Davies opisuje w *Australian medical Gazette* pierwszą epidemią odry na wyspach Samoa w Czerwcu r. z., przywiezionej przez statek parowy do miejscowości Tonga. Na 34.500 ludności tych wysp umarło 1000 osób, między niemi połowa dorosłych. Odra była wprawdzie bardzo łagodna z początku t. j. podczas gorączki i wysypywania się, lecz później pojawiały się ciężkie powikłania i to przeważnie, rzecz u nas niezwykła, ze strony przewodu pokarmowego tudzież w postaci zapalenia i ropienia gruczołów limfatycznych na szyi, pod szczęką i w pachwinie. Dr. Davies nie wspomina nic o powikłaniu ze strony chorób narządu oddechowego, tak pospolitem w naszym klimacie.

— Rada miejska paryzka, nadając nowym ulicom nazwiska a zmieniając niektórym dawne, utworzyła temi dniami ulice Charcota, Ulissesa Trélata i Trousseau.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Berlin. Dr. A. Westphal i Dr. Greef habilitowali się jako docenci, tamten medycyny wewnętrznej, ten okulistyki. Praga. Kolegium profesorskie Wydziału lekarskiego uniwersytetu niemieckiego zaproponowało na opróżnioną przez powołanie prof. Gussenbauera do Wiednia katedrę chirurgii profesorów: 1) Nicoladoniego z Inspruku, 2) Wölflera z Gracu i 3) Eiselsberga z Utrechtu. Moskwa. Wydział lekarski nadał docentowi neuropatologii Drowi W. K. Rothowi godność doktora medycyny *honoris causa*. Monachium. Prof. higieny M. Pettenkofer poszedł na emeryturę; następcą jego mianowany prof. Dr. Jan Buchner w Monachium. Kołoszwar. Na opróżnioną katedrę oftalmologii przedstawieni przez Wydział na 1. miejscu docent Dr. K. Hoor z Budapesztu i prymaryusz szpitala Dr. J. Imre z Hód-Mezövásárhely, na 2. miejscu docent Dr. S. Csapodi z Budapesztu, na 3. miejscu docent Dr. J. Ottava również z Budapesztu. Opróżnionej katedry syfilidologii i dermatologii postanowiono na razie w braku kandydatów nie obsadzać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.